

нейшем отмечен регресс болезненных проявлений. Больной вновь приступил к трудовой деятельности. На ЭЭГ — кривая десинхронного типа, не чувствительная к гипервентиляции.

Выявление отмеченных клинико-электроэнцефалографических особенностей пароксизмального синдрома должно направить диагностическую мысль по пути дифференцирования эпилепсии от других заболеваний, протекающих с эпилептическими припадками.

Удк 616—006.4:611.1/8.7

А. П. Старостин, А. В. Солнышкин (Казань). К вопросу о хирургическом лечении злокачественных опухолей мягких тканей конечностей

Мы наблюдали 120 больных среднего и пожилого возраста с саркомами мягких тканей конечностей (мужчин — 44, женщин — 76). У 89 больных саркома локализовалась на нижних конечностях (в том числе у 50 — на бедре и ягодичной области), у 21 — на плече. Таким образом, саркомы чаще поражали проксимальные сегменты конечностей.

Фибросаркома была у 39 чел., неклассифицируемая цитобластома — у 28, синовиальная цитобластома — у 12, мюллерова — у 17, ангиогенная — у 14, липосаркома — у 6 и злокачественная нейринома — у 4.

Хирургическое вмешательство как самостоятельный метод лечения или в составе комбинированной терапии было произведено у 102 больных, в том числе у 58 с первичной опухолью и у 44 с рецидивной.

Радикальные эксцизии были осуществлены у 72 больных (из них у 28 с рецидивными опухолями), ампутации — у 23 (у 12 по поводу рецидива саркомы), экзартикуляции — у 7 (4 при рецидиве). У 5 больных широкое иссечение опухоли сочеталось с резекцией участка прилежащей кости и у 2 — с резекцией магистральных вен без последующей пластики. Следовательно, широкое иссечение опухоли было наиболее частым оперативным вмешательством: оно произведено у 75,8%, преимущественно при локализации ее в проксимальных сегментах конечностей; при расположении сарком в дистальных отделах преобладали ампутации и экзартикуляции конечностей.

Что касается частоты сохраненных операций и ампутаций в зависимости от морфологического варианта мягкотканых сарком, то наиболее часто радикальные операции производились при злокачественных синовиомах (у 6 из 8 больных) и при рабдомиосаркомах (у 5 из 13). При других морфологических формах какой-либо зависимости выбора хирургического вмешательства от гистологической структуры не было.

При радикальных эксцизиях больших по размерам опухолей образуется значительный раневой дефект, который не удается закрыть путем сближения краев кожи без натяжения, что создает угрозу их некроза. Поэтому у 18 больных мы прибегли к закрытию послеоперационных дефектов кожных покровов свободным дермоэпидермальным аутопериплантатом. Лимфаденэктомии нами были выполнены у 35 больных, в том числе у 29 — одновременно с удалением опухолей. Метастазы при гистологическом исследовании удаленных лимфоузлов обнаружены у 11 (31,4%) пациентов.

Изучение отдаленных результатов хирургического лечения свидетельствует, что при фибросаркомах 5-летнее выживание составило 59,9%, при неклассифицируемых blastомах — 20,2%, при ангиосаркомах — 12,8%, рабдомиосаркомах — 22,5%, липосаркомах — 27,7%; из числа больных со злокачественной синовиомой ни один не прожил 5 лет после операции.

Мягкотканые саркомы конечностей обладают высокой степенью злокачественности, о чем свидетельствует тот факт, что 5-летняя выживаемость после лечения равна всего 43%. Особенно малоутешительны результаты лечения при синовиальных саркомах, ангиосаркомах и неклассифицируемых цитобластомах.

УДК 616.327.2:616—006.06

В. Г. Шиков, Л. Д. Стиоп, В. Е. Станкевич, А. А. Зайцев (Москва). К диагностике злокачественных опухолей носоглотки

Мы наблюдали 270 больных злокачественными опухолями носоглотки. Регионарные метастазы при поступлении выявлены у 72,2% больных, в том числе у 37,3% — двусторонние. У 30% больных появление метастатических узлов на шее служило первым симптомом опухоли носоглотки. Ни один из пациентов при первом обращении к врачу с жалобами на наличие узлов на шее не был осмотрен отоларингологом. Почти у половины из них ошибочно диагностировали неспецифический и туберкулезный лимфаденит и назначали соответствующее лечение. ЛОР-органы не были обследованы даже у тех больных (20%), у которых злокачественная опухоль была заподозрена и диагноз подтвержден гистологическим исследованием удаленных узлов. Им назначали симптоматическое лечение, производили оперативные вмешательства на лимфатических узлах, нередко применяли повторные курсы лучевой терапии.

Представленные данные свидетельствуют, что основной причиной диагностических ошибок у больных злокачественными опухолями носоглотки является недостаточная онкологическая настороженность и отсутствие осмотра ЛОР-органов.

Молодой возраст не только не исключает возможности возникновения злокачественной опухоли носоглотки, но должен настораживать, так как больные в возрасте до 40 лет составляют почти 50%. Для своевременной и правильной диагностики опухоли носоглотки все больные, обратившиеся к врачу любой специальности с жалобами на наличие узлов на шее, должны быть осмотрены отоларингологом. При подозрении на опухоль необходимы рентгенография носоглотки и костей основания черепа, цитологическое и гистологическое исследование новообразования в носоглотке.

УДК 616—006.2:616—006.326.03

А. В. Солнышкин, Я. Н. Кантор (Зеленодольск, ТАССР). Эмбриональные липомы

Практические хирурги мало знакомы с эмбриональными липомами, поэтому часто расценивают их как доброкачественные опухоли и не проводят радикального лечения, что ведет к многократному рецидивированию.

Мы наблюдали 2 больных эмбриональными липомами (липобластомами).

Ш., 54 лет, поступила в онкологическое отделение с опухолью мягких тканей левого бедра. Из анамнеза выяснилось, что опухоль существует 13 лет, постепенно увеличиваясь.

Нижняя треть левого бедра значительно увеличена в размерах. При пальпации в нижней трети задней поверхности бедра и подколенной ямке определяется опухолевидное образование туго-эластической консистенции, безболезненное, неподвижное, размерами около 25×15 см. Кожа над опухолью лоснится, выражен венозный рисунок. Паховые лимфоузлы не увеличены (см. рис.).

Обзорные рентгенограммы, «мягкие снимки» и пневмограммы выявили дольчатое строение опухоли.

Произведена инцизионная биопсия. Диагноз — эмбриональная липома.

После предоперационной глубокой рентгенотерапии опухоль, представленная тремя крупными узлами размерами 17×8 , 15×7 , 13×6 см и несколькими мелкими, которые расположены по периферии, была удалена. Микроскопически — большое количество клеток вытянутой или звездчатой формы расположено среди слизистой массы. В небольшом числе встречаются клетки неправильно округлой формы. Опухоль содержит много сосудов, в основном капилляров. Ядра клеток гиперхромные, слабо полиморфные. Цитоплазма клеток мелкозернистая. У части клеток в цитоплазме содержится одна крупная или группа более мелких капель жира.

Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением. Проведен курс послеоперационной глубокой рентгенотерапии с 3 полей. Суммарная доза 8630 рад. В настоящее время Ш. здорова, трудоспособна.

Б., 46 лет, поступила по поводу рецидива эмбриональной липомы тыльной поверхности правой стопы. Опухоль впервые появилась в 1954 г. До 1971 г. ее удаляли 4 раза.

Объективно: на тыльной поверхности правой стопы — большая, состоящая из 3 узлов опухоль с изъязвлением. Кожа над ней цианотична. Консистенция мягко-эластичная, безболезненная при пальпации. Пальцы на стопе отечны, функция стопы резко ограничена. Произведена биопсия из язвы. Гистологически установлена эмбриональная липома.

От ампутации голени больная категорически отказалась. Проведен курс глубокой рентгенотерапии с 4 полей суммарной дозой 9984 рад, после чего наступила полная регрессия опухоли. В настоящее время рецидива нет.

На основании наших наблюдений и данных литературы следует, что липобластомы характеризуются медленным ростом, склонностью к многократному рецидивированию и мультицентричностью роста. Решающее значение для диагностики имеет гистологическое исследование.

Лечение должно быть комбинированным — широкая эксцизия опухоли в комбинации с пред- и послеоперационной актинотерапией.

УДК 618.14—089:618.146—006.6

В. П. Лялькин (Владимирская область). Хирургическая биопсия в амбулаторной диагностике предраковых заболеваний и рака шейки матки

Мы наблюдали в женской консультации ЦРБ 1496 больных с заболеваниями шейки матки (возраст — от 18 до 86 лет; жительниц села — 1056, города — 440).

Среди хирургических вмешательств в амбулаторных условиях при патологии шейки матки были применены: биопсия — у 879 больных, удаление полипов — у 483,